Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Leipzig
Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. med. et phil. Paul Flechsig.

Beitrag zur Kasuistik der hysterischen Schlafzustände.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Frau **Lotte Prager** geb. **Badt,**
prakt. Ärztin aus Breslau.

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

Leipzig
Druck von Alexander Edelmann
Universitäts-Buchdrucker.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. 23. Februar 1915.
Referent: Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Flechsig.

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken

meines geliebten Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545810_0092

Von jeher sind pathologische Schlafzustände Gegenstand des ärztlichen Interesses gewesen. Da sie jedoch in reiner Form nicht allzu häufig sind, verdient vielleicht ein Fall Interesse, den wir an der hiesigen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatten, und dessen in mehr als einer Beziehung interessante Geschichte ich unten ausführen will. Vorher möchte ich in einem historischen Überblick das zusammenfassen, was ich aus der umfangreichen Literatur über das Wesen der hysterischen Schlafzustände zu erfahren vermochte, zum Schluß einen Versuch zu ihrer Abgrenzung gegen ähnliche Zustände machen, da ich sie durchaus nicht immer scharf gegen die Schlafanfälle bei Epilepsie wie gegen die Gélineausche Narkolepsie abgegrenzt fand.

Bei dem eindrucksvollen Bilde, das langandauernde Schlafperioden bieten, ist es erklärlich, daß man schon im Altertum Beschreibungen derartiger Zustände findet. In seiner erschöpfenden Arbeit über „hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur grande Hystérie“[1] berichtet Löwenfeld ausführlich über die gesamte ältere Literatur, sodaß ich mich, soweit mir die älteren Autoren nicht zugänglich waren, seinen Ausführungen anschließen kann.

Schon bei Galen findet man Schilderungen von langdauernden Bewußtseinsverlusten, wie Petrus Forestus 1634 zitiert: Varii enim sunt, inquit Galenus, praefocationis in mulieribus affectus: quarum quaedam sine voce, sine

1) A. f. Ps., Bd. 22/23.

sensu et sublato venarum pulsu jacent, mortuis simillimae. (Dabei werden unter Praefocatio matricis entweder einzelne hysterische Symptome oder die ganze hysterische Konstitution verstanden.)

Hierher gehören auch die Fälle von „hysterischem Scheintod“ wie sie Heraklid, Apollonius von Thiana und andere beschreiben. Alle diese Erscheinungen werden jahrhundertelang auf die Entwicklungszustände des Uterus geschoben. Er wird als „wildes Tier“ geschildert, das reif geworden, begierig nach Betätigung verlangt, sonst ruhelos im Körper auf und ab wandert und die schlimmsten Krankheiten hervorruft.

In den Hexenprozessen des Mittelalters haben die hysterischen Schlafzustände den davon Befallenen unweigerlich den Tod gebracht. Galt doch eine solche Unglückliche, die unter den Qualen der Folter einschlief, ohne weiteres als überführt. Im 18. Jahrhundert beschreibt Sydenham schon die „hysterische Apoplexie“ mit einer recht genauen Kenntnis der Hysterie, von der er zuerst zugibt, daß sie auch bei Männern vorkomme. Im Anfang des vorigen Jahrhunderts haben Frank, Abercrombie u. a. Schlafzustände beschrieben, jedoch keinerlei scharfe Abgrenzung gegen fieberhafte Erkrankungen, Apoplexie usw. aufgestellt. — 1859 erschien Briquets „Traité de l'hystérie“.[5] Er unterscheidet die „Attaques de sommeil, de coma et de léthargie“ und schildert schon alle Hauptsymptome, vom leichtesten Anfall, der dem normalen Schlaf nahe kommt, bis zu den an hysterischen Scheintod grenzenden. Er sah bereits die Unempfindlichkeit gegen Reize und die teils schlaffe, teils spastische Muskulatur.

Ein völlig neues Gesicht gewann die Lehre vom pathologischen Schlaf erst durch die Lehren Charcots über die grande Hystérie.[7] Er faßt die Schlafanfälle als „Schaltstücke“ zwischen den einzelnen großen hysterischen

Anfällen auf. Am markantesten ist sein Fall der „Schläferin Eudoxia H.“:

> Aus der Anamnese geht hervor, daß hereditäre Belastung vorliegt, die Mutter der Patientin war epileptisch, der Vater Trinker. Die Patientin selbst litt seit 13 Jahren an Krampfanfällen, die plötzlich in Schlafzustände übergingen. Diese traten ein- bis zweimal jährlich auf, dauerten mehrere Tage bis zu 3 Monaten. Während des Schlafes war bei sonst schlaffen Gliedern eine Steifheit der Arme zu beobachten, Charcot stellt hierbei die Unterscheidung gegen den natürlichen Schlaf fest: während die Patientin sonst den Eindruck einer ruhig Schlafenden macht, ist ein deutliches Lidflattern zu beobachten. Alle Reize bleiben ohne Erfolg; Tamtamklang am Ohr der Schläferin, Ammoniakgeruch, faradische Reize vermögen nicht, sie zu erwecken. Auffallend ist auch das Fehlen des Schnarchens, das beim normalen Schlaf bei gleicher Schlaftiefe vorhanden wäre. Interessant ist, daß bei völligem Fehlen sonstiger Hautsensibilität vorher als hysterogen befundene Punkte empfindlich bleiben. Charcot zeigt, daß in seinem Fall bei mäßigem Druck auf das Ovarium ein Krampfanfall, bei stärkerem Erwachen ausgelöst werden kann. Er gibt jedoch auch an, daß die Patientin sich mit Urin beschmutzt und hält dies für ein häufiges Vorkommnis, während, wie wir später sehen werden, neuere Autoren gerade das Fehlen der Enuresis als Kriterium annehmen. Als Beginn und Schluß treten nach Charcots Darstellungen häufig Krampfanfälle auf, jedoch nicht immer. Charcot sah auch wuchtiges zu Boden stürzen „als ob eine blitzartige Apoplexie sie gefällt hätte“.

In seinen poliklinischen Vorträgen beschreibt Charcot sodann noch einen zweiten Fall, in dem der Vater der Patientin Phthisiker, ein Onkel Epileptiker war und eine Schwester an Chorea litt. Hier bestanden ausgedehnte hystero-epileptische Anfälle, dazwischen ein Schlafanfall von 3 Tagen. Im Anfall wurden völlig schlaffe Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes, trotzdem Lidflattern und Trismus konstatiert. Alle 20 Minuten richtete sich die Patientin auf und machte 3 Verbeugungen. Im Gegensatz zu dem obigen Falle, in dem künstliche Ernährung not-

wendig wurde, war hier trotz des bestehenden Trismus die Ernährung eine recht gute. Temperatur 37,8.

Im Anschluß an diese beiden Fälle faßt Charcot die Schlafzustände als fast gleichwertig mit einem hysterischen „État de mal“ auf, was die etwas erhöhte Körpertemperatur, (bis 38) die normale Pulsfrequenz und Hautbeschaffenheit anbetrifft. Als Hauptunterschied nimmt er die ununterbrochene Dauer des Schlafzustandes an, während in der Reihe von Krampfanfällen doch kleine Pausen vorkämen. (Wir werden unten bei Löwenfeld sehen, wie dieser das Übersehen solcher Pausen bei langdauerndem Schlaf für durchaus wahrscheinlich hält.)

Der Unterschied gegen die von ihm so bezeichnete „lethargische Periode der Hypnose“ sieht Charcot in der den Schlafzuständen fehlenden neuromuskulären Übererregbarkeit.

Ihrem Meister folgend haben auch seine Schüler Bourneville[27], Pitres[25] und Gilles de la Tourette[11] in den Schlafzuständen nur eine besondere Abart der hystero-epileptischen Anfälle gesehen.

Besonders interessant ist nach Angabe dieser Autoren das Verhalten des Ernährungszustandes im hysterischen Schlaf. In manchen Fällen läßt sich die Ernährung trotz bestehenden Trismus gut durchführen, in anderen Fällen wieder (Gairdner, Semelaigne) wird Sondenernährung oder Klysma nötig, (jedoch erweckt nach Durchsicht aller uns zur Verfügung stehenden Fälle jede länger dauernde Fütterung den ganz bestimmten Verdacht, daß es sich um einen katatonischen Stupor handele). Im allgemeinen ist die Gewichtsabnahme im Verhältnis zu der geringfügigen Nahrungsaufnahme gering, weshalb Charcot zum Vergleich den Winterschlaf der Tiere heranzieht. Er und Gilles de la Tourette betonen: „Les Hystériques se brûlent peu, se dénûtrionnent peu“. Doch ist das wohl vor allen Dingen auf die jahrelang dauernden Lethargien zu be-

ziehen. Denn im einzelnen Anfall von beschränkter Dauer weist Charcot andererseits auf den von von Gilles de la Tourette und Cathélineau gefundenen, plötzlichen Gewichtssturz hin. Hier gewähren die Untersuchungen dieser letzteren beiden Autoren eine interessante Aufklärung. Sie fanden im hysterischen Schlaf eine allgemeine Herabsetzung des Stoffwechsels, die sie besonders an dem starken Sinken der Harnstoffausscheidung maßen (4 Gramm in 24 Stunden, während nach Löbisch 20 Gramm normal sind). Gleichzeitig sind auch die Harnmenge, die harn- und phosphorsauren Salze herabgesetzt. In den letzten Tagen vor dem Erwachen fanden die beiden Autoren ein allmähliches Ansteigen der Harnzahlen bis zur Norm, sodaß man daraus in der Salpétrière das Erwachen der Patienten fast auf den Tag genau voraussagen konnte.

Noch Briquet, Bourneville und Regnard halten diese hysterischen Schlafzustände für außergewöhnlich selten. Demgegenüber verweist Keser 1887[17] auf die Semelaignesche Sammlung von nicht weniger als 80 Fällen, in denen unter sehr vielen unklaren, deren Zugehörigkeit zu den von uns betrachteten Zuständen nicht erwiesen oder sogar schlankweg abgelehnt werden kann, doch einige deutlich hierher gehörige sind. Keser selbst beschreibt einen Fall, der auch häufig Gast der Salpétrière war und von Charcot als „hysterische Epilepsie mit Schlafanfällen“ bezeichnet wurde.

Es liegt starke hereditäre Belastung vor. Der Vater des Patienten war Trinker und hatte epileptische Anfälle, eine Schwester starb an der Schwindsucht, eine andere hatte Schlafanfälle, die 1—6 Tage dauerten, während deren sie deutliche kataleptische Symptome aufwies. Der Patient selbst war z. Z. der Beobachtung ein Mann von 38 Jahren, hatte während eines sehr unsteten Lebens wiederholte Anfälle von Kopfschmerzen, Bewußtlosigkeit, Delirium und Fieber gehabt. 1880 fing er plötzlich an zu schlafen und schlief 40 Stunden lang. Beim Aufwachen war die linke Seite gelähmt, es bestand vollkommene

Aphasie. Diese Anfälle wiederholten sich im selben Jahre mehrere Male, meist mit folgender halbseitiger Lähmung. Im Wachzustande wurde bei ihm eine totale, halbseitige, kutane Anästhesie festgestellt. In der Salpétrière schlief der Patient einmal 130 Stunden hintereinander. (Übrigens hat er seine Fähigkeit, während dieser Anfälle ohne Speise auszukommen, in England dazu benutzt, sich als Hungerkünstler sehen zu lassen. Es wäre nicht uninteressant, die umherziehenden Faster einmal auf derartige Zustände zu untersuchen.)

Auf Anruf, Schütteln, Stechen, Brennen reagierte der Patient nicht. Die erweiterten Pupillen reagierten träge. Die Bulbi waren nach oben gewandt. Der Patient schluckte wenig, sodaß die Ernährung sehr mühevoll war. Die Patellar-Plantar- und Kremasterreflexe waren vorhanden. Rachenreflex fehlte, Puls, Temperatur und Atmung waren normal. Die Muskeln waren völlig schlaff, doch blieben die Gliedmaßen, wenn man sie behutsam in neue Stellungen brachte, darin stehen. Die Urinmenge, die am zweiten Tage des Schlafes 50 g betrug, wuchs gegen das Ende auf 1600 g an. Er wurde teils unwillkürlich entleert, teils zurückgehalten, sodaß katheterisiert werden mußte.

Gegen Ende des Schlafes begann Patient vor sich hin zu stammeln, wurde zugänglich, durch Suggestion beeinflußbar, zum Schluß trat ein Krampfanfall auf.

Wir haben hier einen Fall, der völlig dem von Charcot angegebenen Bilde entspricht, was sein somatisches wie psychisches Verhalten betrifft.

Löwenfeld[22] nun beschreibt 7 Fälle von hysterischem Schlaf, von denen er 5 selbst beobachtet hat. Er weicht in manchen Beziehungen von den Ansichten der anderen Autoren ab.

Bis auf einen Fall, auf den wir noch zurückkommen werden, haben alle seine Patientinnen Krampfanfälle in der Anamnese, meist auch hereditäre Belastung. Bei allen werden Gemütsbewegungen als auslösendes Moment angegeben.

In Bezug auf den Beginn des Anfalls unterscheidet Löwenfeld zwei verschiedene Typen: Entweder plötzliches Zusammensinken, wie es auch Charcot sah, — doch

immerhin viel weniger blitzartig als dieser, — mitten im Wort, während der Löffel zum Munde geführt wird usw., oder langsames, allmähliches Einschlafen, gegen das noch eine Zeit lang vergeblich angekämpft wird, wie wir es bei neueren Autoren (Binswanger, Raecke) finden, die die erste Art des plötzlichen Beginns bestreiten. Die einleitenden Krampfanfälle, wie sie Briquet, Charcot und Gilles de la Tourette angaben, sah Löwenfeld nur selten. Wenn sie überhaupt auftraten, so flochten sie sich meistens in den Schlaf ein. Nur starke Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwere der Glieder deuteten auf den kommenden Anfall hin. Ein Übergehen vom normalen Schlaf in den Lethargus nimmt Löwenfeld nur in den allerleichtesten Fällen an.

Im Schlafzustande selbst war die Hautfarbe meist normal, die allmählich wachsende Blässe, die Gilles de la Tourette beschrieb, trifft wohl nur für die lang ausgedehnten Fälle zu. Im Gegenteil fand Löwenfeld eher Rötung des Gesichts, die er dann als Vorboten eines Krampfanfalles oder seines Äquivalentes ansah.

Den Tonus der Muskeln fand Löwenfeld meist schlaff, er weist deshalb in offenem Gegensatz zu Charcot darauf hin, daß auch bei einem Anfall, der im Gehen auftritt, kein epileptiformes Zusammenbrechen stattfindet, „wie von Blitz gefällt", sondern vielmehr ein langsames Zusammensinken, weil sämtliche Muskeln schlaff werden. In 4 von seinen 5 Fällen zeigte sich diese Schlaffheit während der meisten Anfälle, doch fand er auch häufig erhöhten Tonus und alle Übergänge bis zur vollständigen Starre.

Mit Charcot und Gilles de la Tourette konstatiert Löwenfeld, daß auch bei anscheinend vollkommener Schlaffheit einzelne Muskeln starr sein können. So fand er fast regelmäßig Trismus und mitunter Steife der Arm- und Halsmuskulatur. Am auffälligsten ist, daß bei solcher

Starre keineswegs alle aktiven Bewegungen ausgeschaltet sein müssen, vielmehr ändern die Patienten aktiv unbequeme Stellungen der Glieder.

Klonische Krämpfe sah Löwenfeld meist in der Lid- und Halsmuskulatur, sie steigerten sich bisweilen bis zu epileptiformen Anfällen. Die Einteilung, wie sie Briquet[5] und Richer[28] nach dem Vorkommen oder Fehlen spastischer Erscheinungen treffen, weist Löwenfeld auch schon deshalb ab, weil diese sich arzneilich durch Morphium, Hyoscin und Antipyrin beeinflussen lassen, ohne jede Wirkung auf den Lethargus. Auch Andeutungen von Katalepsie sah Löwenfeld in zwei Fällen, ohne ihnen jedoch besondere Bedeutung beizumessen.

Öffnete man die meist geschlossenen Augen, so waren die Pupillen mittelweit, reagierten träge.

Ganz im Gegensatz zu Charcot und seinen Schülern, die Unsauberkeit als häufig bei diesen Zuständen vorkommend angeben, legt Löwenfeld Wert auf die Feststellung, daß er niemals Kranke sah, die sich im Schlaf, selbst nicht nach Verabreichung von Laxantien, mit Urin oder Kot verunreinigten.

Nach dem Verhalten gegenüber von Reizen unterscheidet Löwenfeld 3 Arten von Anfällen:

1) leichte Anfälle: durch leichte Reize, die einen normal Schlafenden erwecken würden (wie Anrufen, Rütteln, Kneifen), gelingt es nicht, den Anfall zu unterbrechen, wohl aber durch langdauerndes Rufen, Bürsten, starke Geruchseindrücke.

2) mittelschwere Anfälle: schwächere Reize bleiben selbst bei langer Dauer wirkungslos. Starke Reize rufen bei kurzer Einwirkung nur reflektorische Reaktion, erst bei längerer Erwachen hervor.

3) schwere Anfälle: kein noch so lang dauernder und noch so intensiver Reiz genügt zum Erwecken. Im

besten Falle gelingt es, eine gewisse reflektorische Reaktion hervorzurufen.

Doch gibt Löwenfeld selbst zu, daß alle diese Arten ineinander übergehen, und in ein und demselben Schlaf vorkommen können, da ja die Schlaftiefe während eines Anfalls sich ändert, bald nach dem Einschlafen am stärksten ist und gegen das Ende zu allmählich abnimmt, sodaß kurz vor dem spontanen Erwachen ein Erwecken viel leichter gelingt.

Wie Charcot und Pitres[25] stellte auch Löwenfeld fest, daß bei kutaner Anästhesie doch vorher bestehende hyperästhetische Zonen auch im Lethargus erhalten bleiben. Es gelang ihm jedoch, durch Druck auf diese Zonen höchstens reflektorische Reaktionen auszulösen, eventuell Erwachen. Niemals konnte er auf diese Weise einen hystero-epileptischen Anfall herbeiführen, wie dies Charcot und Pitres vielfach angeben. So stellte er bei einer lethargischen Patientin eine kälteempfindliche Stelle fest, bei der er durch Druck keine Reaktion, durch Auflegen der kalten Hand Erwachen erzielen konnte.

Zur Frage des erhaltenen Bewußtseins bemerkt Löwenfeld, daß ein Nichtreagieren an sich noch kein Beweis für einen völligen Bewußtseinsverlust sei, so berichteten Pfendler und Rosenthal über Fälle von völliger Reaktionslosigkeit bei erhaltenem Gehör und Gedächtnis. Auch Briquet, Keser, Pitres schildern Schlafzustände, in denen das Gehör erhalten blieb. Vorwiegend ist jedoch völlige Amnesie, selbst für empfindliche Reize, die das Erwachen herbeiführten, wie Berührung mit dem Thermokauter oder dem faradischen Pinsel. Jedoch auch die Amnesie läßt noch keine Schlüsse auf völliges Aufhören der psychischen Tätigkeit zu. Gegen ein solches sprechen die oben erwähnten aktiven Lageänderungen,

Abwehrbewegungen bei Kopfschmerzen und Zurechtrücken des verrutschten Eisbeutels, wie es Löwenfeld mehrfach beobachtete. Auch die Berichte über Halluzinieren bei geschlossenen Augen sprechen für ein immerhin vorhandenes Unterbewußtsein. Interessant ist, wie Löwenfeld wenigstens einen Teil der vorhandenen Erinnerungsbilder erklärt: Sie bezögen sich auf kurze Wachintervalle und würden, da für den Schlaf Amnesie bestünde, auf diesen mit übertragen.

Die Sehnenreflexe fand Löwenfeld in Übereinstimmung mit allen Autoren normal, während der Corneal-Reflex, der Nasenschleimhaut- und Kitzelreflex fehlten.

Neuromuskuläre Übererregbarkeit konnte er ebensowenig wie Charcot konstatieren.

Die Respiration war in 4 Fällen normal, in einem Falle so oberflächlich, daß sie kaum wahrgenommen werden konnte. Diese Oberflächlichkeit der Atmung wurde auch von Pfendler, Beckers und Rosenthal angegeben. Sie war es wohl, die in dem berühmten Falle von Vesal den Beginn der Sektion wagen ließ. Doch beobachtete Löwenfeld trotz der verringerten Atmung niemals Zyanose, was wohl auch durch den oben erwähnten, verringerten Stoffwechsel und das herabgesetzte Sauerstoffbedürfnis zu erklären ist.

Den Puls fand Löwenfeld meist regelmäßig 70 bis 80 Schläge in der Minute, nur in einem Falle auf 45 Schläge verlangsamt, wie auch Briquet einmal eine Herabsetzung der Pulsfrequenz auf 40 Schläge beschreibt.

Die Temperatur seiner Patientinnen fiel niemals unter 37 °, war meist etwas erhöht, um 38 bis 38,2. Nach Gilles de la Tourette sind diese hohen Temperaturen auf die bestehenden Kontrakturen zu beziehen. (Charcot fand bei tonisch hysterischen Krampfanfällen Temperaturen über 38,5).

Hervorstechend ist auch die lokale Asphyxie der

Finger und Zehen, die Löwenfeld bei einem seiner Patienten beschreibt. Sie geht wohl auf einen tonischen Krampf der Gefäßmuskulatur zurück und entspricht dem „Oedème bleu des hystériques“ wie es Charcot auch in der Hypnose erzielte. Solche lokalen Asphyxien im Zusammenhang mit Schlafzuständen und abwechselnd mit ihnen sind bis jetzt nur von Armaingaud beschrieben worden.

Auch Löwenfeld sah sich in langdauernden Fällen genötigt, zur künstlichen Ernährung überzugehen, doch hebt er wie Charcot die verhältnismäßig geringe Abnahme des Körpergewichts im Vergleich zu der minimalen Nahrungsaufnahme hervor. Eine besondere Aufklärung bringt vielleicht, daß Löwenfeld bei seinem Patienten während der Schlafzustände faulige Ructus und übelriechende Hautausdünstungen konstatierte, die vielleicht den „Verwesungsgeruch“ erklären, den ältere Autoren bei hysterischem Scheintod angeben.

Von dem Erwachen hatte Briquet angegeben, es ähnele sehr dem normalen. Gilles de la Tourette und Charcot sahen meist dabei Krampfanfälle. Löwenfeld nun schließt sich am meisten der Ansicht Briquets an. Er sah in einzelnen Fällen nur ein kurzes „Zwischenstadium des halben Bewußtseins“, in anderen jedoch folgt erst noch das „Wachsein bei erhaltener Intelligenz“, für das Löwenfeld den Ausdruck „Stadium der völligen Demenz“ geprägt hat; dabei sind die Patienten scheinbar völlig wach, geben jedoch verkehrte Antworten, verkennen Personen und Gebrauchsgegenstände. Eine Patientin von Löwenfeld versuchte, dargereichte Getränke über sich auszugießen, handhabte den Löffel falsch und ähnliches. Dieses Zwischenstadium ist deutlich gegen den Wachzustand abgegrenzt und kann Minuten bis zu einer Stunde dauern. Löwenfeld bezeichnet diese Form auch als „stufenweises Erwachen“, nach unserer Ansicht hingegen

zeigt dieses Stadium alle Kriterien des hysterischen Dämmerzustandes.

Die Dauer der Schlafattacken beobachtete Löwenfeld von 10 Minuten bis zu 16 Tagen, doch finden wir in der Literatur viel längere Perioden angegeben. So schlief Charcots Patientin Eudoxia bis zu 2 Monaten, im Keserschen Falle fanden wir 130 Tage angegeben. Meist sind allerdings die Schlaf-Perioden von Krampfanfällen oder auch von normalem Schlaf unterbrochen. So wird von einer Patientin Gairdners berichtet, daß sie nachts schnarchte, was im Lethargus nicht, wohl aber im normalen Schlaf vorkommt.

Die Häufigkeit der Anfälle wird sehr verschieden angegeben. Bei 3 Kranken fand Löwenfeld eine regelmäßige Wiederkehr der Schlafzustände stets zur selben Zeit. Charakteristisch für den Lethargus im Gegensatz zu dem normalen Schlaf, der ein erquickendes Gefühl hervorruft, sind die Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Schwäche, über die die Patienten stets nach dem Erwachen klagen. Debove und Achard beschreiben sogar Hemiplegien als solche Folgezustände des Lethargus unter dem Namen „hysterische Apoplexie", wie wir sie auch in dem Keserschen Falle sahen.

Als Ursache für das Zustandekommen solcher Schlafzustände nimmt Löwenfeld eine besondere „Lethargische Disposition" an, die jedoch nicht identisch mit hysterischer Disposition sei, da nicht bei allen Hysterischen lethargische Zustände vorkämen. Doch muß eine hysterische Disposition vorhanden sein, um den Lethargus zu ermöglichen. Meist befällt er jüngere weibliche Personen, wir sehen jedoch in dem Keserschen Fall und später bei Hitzig[15] und anderen, daß auch Männer nicht frei davon bleiben. Löwenfeld wendet sich energisch gegen die Ansicht älterer Autoren, diese Zustände seien auf sexuelle Nichtbefriedigung zurückzuführen. Im

Gegenteil bestünde kein Zusammenhang mit Sexualleiden, da er stets die Menses ohne Einfluß sah, in einem Falle sogar der Eintritt der Gravidität ohne Wirkung auf die lethargische Disposition blieb. Als Gelegenheitsursache nimmt Löwenfeld übereinstimmend mit Briquet Gemütsbewegungen, körperliche und geistige Anstrengungen an.

Auch in seiner Prognose, daß diese Anfälle jahrelang dauern, dann plötzlich verschwinden können, schließt er sich an seine Vorgänger an. In 3 Fällen sah er als Komplikation eine deutliche Melancholie auftreten, weil die lethargische Disposition ein Gefühl der Faulheit und Trägheit hervorrief, das zu Insuffizienzgedanken führte.

Zum Schluß erörtert Löwenfeld noch die Beziehungen des Lethargus zur Hypnose. Es käme nur die „lethargische Periode der Hypnose“ in Betracht. Moll und andere lehnen jeden Zusammenhang ab, jedoch ist es in vereinzelten Fällen Löwenfeld geglückt, den Lethargus in hypnotischen Schlaf überzuführen, in dem die Patienten verbal zugänglich waren, doch stets nur, wenn vorher Erschlaffung der Muskulatur durch Morphium erzielt war. Auch fehlte im Lethargus die neuromuskuläre Übererregbarkeit, wie sie die Hypnose zeigt.

Schließlich wirft Löwenfeld noch die Frage auf, ob man den einen von ihm beobachteten Fall, der nur Schlafzustände und keine sonstigen hysterischen Symptome aufweist, auch der Charcotschen Schaltreihe zuweisen könnte, obgleich niemals Krampfanfälle beobachtet worden wären. Er kommt zu dem Schluß, er sei ein Glied am anderen Ende einer langen Kette von Anfalls-Varianten, die von diesen einfachen zu mit Krämpfen komplizierten Schlafanfällen und schließlich zur grande Hystérie Charcots hinüberleiteten.

Die ausführliche Wiedergabe der ausgezeichneten Darstellung Löwenfelds, die ich nirgends in der mir zugänglichen Literatur übertroffen fand, gibt mir die Möglichkeit, seine Befunde als Grundlage meiner weiteren Ausführungen zu nehmen, und in dieses Gerüst nur die Bausteine einzuordnen, die neuere Autoren für und wider zusammentrugen.

Da wäre zunächst der von Biyl[4] beschriebene Fall „Narkolepsie als Hauptsymptom der Hysterie“ zu erwähnen, der trotz seiner deutlichen Komplikation mit Lues, unserer Ansicht nach, ohne Bedenken hierher gehört.

> Es handelt sich um einen erblich belasteten Mann mit Degenerationsanzeichen an Unterkiefer und Ohren, der in der Jugend sich mit Gonorrhöe und Lues infizierte, später an „Neurasthenie“ litt. Wir finden ferner in der Anamnese 2 Suicidversuche, „Nervenanfälle, bei denen er um sich schlug“, Ischiadikus-Neuralgie, Kopfschmerzen, die durch Bettruhe gebessert wurden und schließlich Zwangsvorstellungen. Somatisch wird in der Anamnese die linke Pupille größer als die rechte, der linke Okulomotorius als paretisch, wechselnde Sensibilität sowie hyperästhetische Zonen angegeben.
>
> Während vieler Jahre traten bei dem Patienten Schlafzustände von wechselnder Dauer und Tiefe auf, denen jedesmal Kopfschmerz und Reizbarkeit vorangingen. Im Schlafe wurde völlige Anästhesie mit Ausnahme der vorher als hyperästhetisch gefundenen Bulbi, Testes und Fußsohlen konstatiert. Dabei war die Ernährung sehr erschwert, der Puls klein, die Respiration oberflächlich. Nach dem Erwachen fühlte der Patient sich matt und benommen, hatte nur selten eine unklare Erinnerung an die Schlafperiode.

Der Verfasser glaubt Epilepsie wie Hirnlues ausschließen zu können. Die eine wegen der fehlenden Folgeerscheinungen bei jahrelangem Bestehen, wegen des Nichterfolges von Bromgaben, die andere wegen des Fehlschlagens antisiphilitischer Kuren. Andererseits sprechen der durchaus hysterische Charakter des Patienten, die Hyperästhesie und schließlich vor allem die Art der

Schlafanfälle unserer Ansicht nach deutlich für die Richtigkeit der gestellten Diagnose.

Viel klarer jedoch liegt ein Fall, den Hitzig[15] beim II. Internationalen Kongreß für experimentelle Psychologie veröffentlichte. Es handelte sich um hysterische Schlafzustände, die sich im Verlauf einer durch Unfall ausgelösten traumatischen Neurose entwickelten.

> Der Patient war ein kräftiger Mann, der nach einer Überfahrung eine auf Druck schmerzhafte Narbe am linken Unterarm zurückbehielt. Alle 11 bis 12 Tage stellten sich bei ihm Erregungszustände mit Temperatursteigerung ein, die, sobald 39 ° C. erreicht waren (nach etwa 2 Tagen), in Schlafzustände bis zu 60 Stunden Dauer übergingen. Während dieser gelang es einige Male, den Patienten durch Druck auf die Narbe oder die linke „Ovarialgegend", deren Hyperästhesie vorher konstatiert war, für kurze Zeit zu erwecken, zum Trinken und Urinieren zu bewegen. Alle sonstigen Reize blieben erfolglos. Nach dem Erwachen bestand völlige Amnesie.

Besonderen Wert legte Hitzig auf das Verhalten des Körpergewichts und Stoffwechsels seines Patienten während dieser Schlafzustände. Er sah im Gegensatz zu Gilles de la Tourette und Cathélineau, die erst mit Eintritt des Schlafens einen jähen Gewichts-Sturz konstatierten, bereits im Beginn der hier ganz ungewöhnlich langen Prodrome ein Absinken des Gewichts, das nach dem Erwachen rapide stieg. Im Verhalten der Harnzahlen hingegen stimmt er mit Gilles de la Tourette und Cathélineau genau überein, der niedrigste von ihm beobachtete Harnstoffwert betrug 5,93 g. Interessant ist Hitzigs Versuch, die Schlafzustände mit Hypnose zu beseitigen. Dieser war von vornherein aussichtsreicher als in unserem Falle, der keinerlei erkenntliche hysterogene Punkte bot, da bei Hitzig ein deutlicher Zusammenhang zwischen der hyperästhetischen Narbe und dem Schlaf gegeben war. Es gelang ihm nach langen Versuchen, zunächst posthypnotisch die Schmerzhaftigkeit der Narbe zu beseitigen, dann hörten zwar die Schlafattacken

auf, nicht aber die genau so regelmäßig wiederkehrenden Prodrome. Auch gab der Patient in Bezug auf die Ereignisse der Tage, an denen er ohne posthypnotisches Verbot geschlafen hätte, an, „er erinnere sich ihrer nur wie eines Traumgeschehnisses".

Klinisch trägt Hitzig keinerlei Bedenken, seinen Fall wegen der Entstehung, der regelmäßigen Wiederkehr, des Verhaltens der Ernährung wie der Sensibilität, und schließlich wegen der teilweisen Beeinflußbarkeit durch Suggestion trotz des Fehlens aller Krampfanfälle der Charcotschen hystero-epileptischen Anfallsreihe zuzuweisen.

In seiner großen Darstellung der Hysterie bringt Binswanger[3] bei der Schilderung des hysterischen Schlafzustandes außer einer reichen Literatur kaum irgend neue Gesichtspunkte. Er schließt sich völlig der Löwenfeldschen Auffassung von der „hystero-epileptischen" Natur dieser Zustände an und legt nur besonderen Wert auf die Feststellung, die schon Löwenfeld und andere machten, daß in einer Reihe von Fällen, wie in dem eben zitierten Hitzigschen, während des ganzen Lebens keine Krampfanfälle auftraten. Auch er sah wie Richer, Pitres und Gilles de la Tourette fast stets eine „Aura" auftreten. Im Schlaf blieben Temperatur, Puls, Respiration und Hautfarbe normal, meist war deutliches Lidflattern vorhanden. Löwenfelds „stufenweises Erwachen" bestätigt Binswanger. Während des Schlafes war das Bewußtsein entweder ganz ausgeschaltet oder aus einzelnen Ausrufen ließ sich auf das Vorhandensein affektbetonter Träume schließen. Ein weiteres Eindringen in sie war jedoch unmöglich, weil meist totaler Erinnerungsdefekt bestand. Doch trifft dies auf einzelne Fälle nicht zu. So schildert Binswanger eine Patientin, die während lange dauernder Anfälle alles gehört haben will und auch in dem berühmten Pfendlerschen Fall[24] bestand voll-

kommene Erinnerung, obgleich „während 48 Stunden kein Lebenszeichen festgestellt werden konnte und ein so starker Fäulnisgeruch sich verbreitete, daß alles zur Beerdigung vorbereitet war und bereits die Totenglocken geläutet wurden."

Im motorischen Verhalten sah Binswanger fast stets Spasmen der Augenlider, häufig der Kiefer- und Nackenmuskulatur, in ihrem Gefolge die auch von Pitres beschriebene Neigung zu Kontrakturen. Doch kamen auch allgemeine, dauernde oder unterbrochene tonische Krämpfe zur Beobachtung. Binswanger bestreitet mit Löwenfeld, daß solche Schlafzustände zum Tode führen können, wie Gilles de la Tourette und andere Autoren behaupten, was natürlich keinesfalls ausschließt, daß während des Anfalles durch Herzschwäche oder ähnliche Ursachen bei sehr heruntergekommenen Personen der Tod eintreten kann, der aber dabei unabhängig vom Schlafzustand ist. In dem meist als Beweis angeführten Fall von Martineuq[1]) handelt es sich um eine Patientin, bei der bereits etliche Tage vor dem Einschlafen Bronchitis und Magenstörungen konstatiert waren.

Sehr genau präzisierte Forderungen stellt von neueren Autoren Raecke[26] auf, um die Diagnose des „hysterischen Schlafzustandes" zu sichern. Er fordert:

1. Entstehung durch Gemütserregung oder Chok, wie wir sie in sämtlichen Löwenfeldschen und bei dem Hitzigschen Fall finden.
2. Periodische Wiederkehr zu derselben Zeit oder bei bestimmter Gelegenheit. Dies trifft bei weitem nicht auf alle Fälle zu, ohne deshalb nach unserer Meinung ihre Diagnose zu erschüttern. Ebenso ist dies

1) Annales médico-psycholog. 1887.

3. mit der Möglichkeit des plötzlichen Verschwindens durch suggestive Maßnahmen, wie wir sie unseres Wissens außer in dem von Hitzig beschriebenen Falle nirgends sahen.

In seiner Beschreibung der Schlafzustände konstatiert Raecke stets nur ein langsames Einschlafen und bestreitet das von Charcot, in einzelnen Fällen auch von Löwenfeld, beschriebene epileptiforme Zusammenstürzen. Das Gesicht seiner Patienten war ausdruckslos, der Blick starr, die Extremitäten schlaff oder partiell spastisch.

Die Sehnenreflexe beschreibt Raecke als normal, vielfach gesteigert.

Siemerling[33] habe einmal Patellar- und Fußklonus beobachtet. Auch er fand bis kurz vor dem Erwachen die Hautreflexe schwach oder erloschen, Konjunktival- und Kornealreflex oft fehlend, die Pupillen dilatiert, dabei prompte Reaktion.

Puls, Temperatur waren normal, die Atmung oberflächlich.

Tast- und Schmerzempfinden waren außer an den Schleimhäuten fast stets erloschen, doch konnte auch Raecke das Fortbestehen hyperästhetischer Punkte, wie wir diese bei Charcot, Löwenfeld, Biyl und anderen gesehen haben, nachweisen, in einem Falle von Siemerling blieb die Stirnhaut hyperästhetisch. Gehör und Geruch fand auch Raecke mitunter erhalten. Während des Schlafes, meint er, trete keine völlige Bewußtlosigkeit ein, sondern ein „Verwirrtheitszustand mit vorwiegender Hemmung". Als Beweis dafür führt er den auch von früheren Autoren konstatierten Lagewechsel aus unbequemer Stellung und die oben erwähnten Abwehrbewegungen, wie sie Löwenfeld sah, an. Auch daß er niemals ein Verunreinigen der Patienten sah, im Gegensatz zu den französischen Autoren, ferner daß sie fast stets zur Mahlzeit erwachten, spricht seines Erachtens dafür.

Das Löwenfeldsche „Stadium der vollständigen Demenz“ deutet Raecke in Übereinstimmung mit unserer Auffassung als Ganserschen Dämmerzustand mit Vorbeireden, wie ihn Lücke, Jung und Hey bei hystersichem Stupor, Higier beim Erwachen aus der Hypnose sahen.

Die Erinnerung an den Schlaf war in manchen Fällen gut. In anderen bestand retrograde Amnesie, die sich wie Raecke in Übereinstimmung mit Löwenfeld feststellt, sogar auf den erweckenden Reiz erstreckte.

Als Folge beobachtete auch Raecke Müdigkeit und Kopfschmerzen.

Wir sehen also, daß Raecke sich in jeder Beziehung eng an die Löwenfeldsche Auffassung anschließt, nur in ganz unwesentlichen Punkten über die Modi des Einschlafens und die Auffassung des halbwachen Zustandes von ihm abweicht.

Es bleiben nun noch kurz einige Fälle neuerer Autoren zu erwähnen, die in dieses Gebiet gehören.

Da ist zunächst der Fall Lancereaux[20], dessen Krankengeschichte hier folgen mag:

> Der Vater der Patientin war Alkoholiker. Bei ihr selbst traten nach lebhaften Gemütsbewegungen Krampfanfälle auf, die in tiefen Schlaf mit allgemeiner Amnesie und Kontraktur übergingen. Der Schlaf wurde bisweilen durch Krampfanfälle unterbrochen. Die Ernährung während dessen war sehr mangelhaft. Nach 20 Jahren erwachte die Patientin mit einem neuen Krampfanfall, doch ging sie etliche Tage später an Tuberkulose zu Grunde.

An dem sehr typischen Fall, — wir finden hereditäre Belastung, Gemütsbewegung als auslösendes Moment, Krampfanfälle, im Schlafe Anästhesie, Kontrakturen — ist besonders der Ausgang interessant, denn er ist ein guter Beweis für die Richtigkeit der Binswangerschen Behauptung, daß der Lethargus an sich nicht zum Exitus führe. Hätte die Patientin nur wenige Tage länger geschlafen, so wäre dieser Fall als Lethargus mit tötlichem

Ausgang bezeichnet worden. Natürlich hat der Schlaf durch die mangelhafte Ernährung der Patientin den Verfall rapide beschleunigt, kommt aber selbst als Todesursache nicht in Betracht.

Interessant ist auch der von Herbst[14] veröffentlichte Fall, der Gesine Meyer, „17 Jahre geschlafen".

> Zur Zeit der Beobachtung war die Patientin eine wohlgenährte Frau von 44 Jahren. Sie war bis wenige Wochen vor dem Einschlafen ganz gesund gewesen, wurde dann allmählich müde, klagte über eigenartige Kopfschmerzen, schlief erst halbe, dann ganze Tage, um 17 Jahre lang überhaupt nicht mehr aufzuwachen. Dabei war die Nahrungsaufnahme völlig ungestört. Patientin wurde zur Zeit der Nahrungsaufnahme unruhig, wurde mit geschlossenen Augen aufrecht an den Tisch gesetzt und schluckte kleine Bissen und Flüssigkeiten, die man ihr in den Mund gab. Ebenso zeigte sie ihre Bedürfnisse durch unruhiges Umherwerfen im Bett an. Die Patientin war niemals unsauber, nahm an Körpergewicht stark zu. Plötzlich trat beim Läuten der Feuerglocke wegen eines Brandes in der Nähe Erwachen ein. Es bestand totale Amnesie für die verschlafenen Jahre. Patientin sprach und benahm sich wie eine 17 Jahre jüngere Person.

Nicht ganz so klar wie dieser unzweifelhaft hierher gehörige Fall erscheint uns ein von Grober[13] beschriebener „hysterischer Schlafzustand mit choreatischen Bewegungen".

> Es handelt sich um ein $3^1/_2$ jähriges Kind, das mehrere, wahrscheinlich hysterische Anfälle gehabt hatte, die in einen 3 Monate dauernden lethargischen Zustand mit lebhaften choreatischen Bewegungen und Bewußtseinsverlust übergingen. Im Schlaf reagierte das Kind zwar nicht auf Anruf, machte jedoch gegen zugefügte Schmerzen Abwehrbewegungen. Die Knie reflexe waren abgeschwächt, links noch schwächer als rechts, das Babinskysche Phänomen war zuerst links deutlich, später nicht mehr auszulösen. Die Pupillen waren mittelweit, reagierten prompt. Urin und Stuhl ließ die Patientin dauernd unter sich. Außerdem bestanden choreatische Zuckungen der Extremitäten

und der mimischen Muskulatur des Gesichts. Die erhobenen Glieder fielen völlig schlaff zurück. Dabei bestand kein Trismus, sodaß es deutlich sichtbar wurde, daß auch die Zunge an den choreatischen Bewegungen teilnahm. Außerdem bestand deutliche Nackensteifigkeit und anscheinender Druckschmerz der Dornfortsätze des Halses.

Diese letzten Symptome ließen Grober anfangs eine Meningitis annehmen, welche Diagnose er neben der später gefundenen Hysterie als Komplikation auch festhielt. Da jedoch in einer ganzen Reihe von Fällen (s. oben Binswanger u. a.) auch Krampf und Steifigkeit der Nackenmuskulatur beschrieben werden, so ließen sich vielleicht ohne allzugroße Schwierigkeit diese Symptome auch in das Bild des hysterischen Schlafzustandes einreihen. Was die mannigfachen choreatischen Zuckungen anbetrifft, so käme eine Differentialdiagnose zwischen Chorea minor mit Bewußtseinstrübung und Pseudo-Chorea hysterica in Betracht. Doch sprechen die beobachtenden Symptome und der Krankheitsverlauf deutlich für Hysterie. Die Patientin erwachte nach 3 Monaten plötzlich, nach kurzer Zeit verschwanden auch die choreatischen Bewegungen, dafür trat eine kurz dauernde funktionelle Versteifung des Handgelenks und Sprachlähmung auf. Seitdem ist völlige Heilung eingetreten ohne jeden Rückfall.

Als ätiologisches Moment für dieses frühzeitige Auftreten der Hysterie kam in diesem Falle keinerlei familiäre Veranlagung in Betracht, höchstens kann möglicherweise eine akute Alkoholvergiftung des Vaters zur Zeit der Zeugung bestanden haben.

Schließlich möge noch kurz ein von Kölpin[18] 1910 beschriebener Fall „Hysterischer Schlaf- und Dämmerzustand mit eigenartigen Augenstörungen“ Erwähnung finden, der eine ausgesprochene Hysterika mit moriatischer Verstimmung und Dämmerzuständen betraf, bei der vereinzelt auch Schlafzustände eintraten. Für uns bemerkenswert ist daran nur der im Schlaf auftretende Konvergenzkrampf

der Augenmuskeln, der vielleicht den später zu erörternden choreiformen Bewegungen unserer Patientin analog zu setzen wäre.

Wenn wir nun kurz die wichtigsten Kriterien zusammenfassen, die sich für die Diagnostik „hysterischer Schlafzustand“ aus der vorliegenden Literatur, die allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, ergeben, so finden wir folgendes:

Hysterische Schlafzustände befallen fast nur jüngere Personen aus meist belasteten Familien, Potus, Epilepsie, Hysterie wird in der Aszendenz angegeben. In der Mehrzahl der Fälle weisen die Patienten auch sonst hysterische Stigmata auf: lokale An- oder Hyperästhesie, Krampfanfälle, hysterische Augensymptome. Das weibliche Geschlecht ist häufiger, jedoch nicht ausschließlich, daran beteiligt.

Als auslösendes Moment kommt meist Schreck, Überanstrengung usw. in Betracht.

Die Dauer und Häufigkeit der Anfälle ist verschieden; wir finden ganz kurze Schlafattacken, wie solche von jahrelangem Bestehen. In vielen Fällen tritt eine periodische Wiederkehr zu bestimmten Stunden, Tagen, Gelegenheiten, in Erscheinung.

Vor dem Schlaf treten meist Müdigkeit und Kopfschmerzen auf, die, allem Ankämpfen zum Trotz, in den Schlaf übergehen.

Die Muskeln sind meist schlaff, doch kommen auch Spasmen einzelner Gruppen vor, so Trismus, Lidflattern, Nackensteife.

Das Tast- und Schmerzempfinden ist in den meisten Fällen fast völlig aufgehoben, Korneal- und Konjunktivalreflex können fehlen. Die Sehnenreflexe sind intakt, die Pupillen sind mittelweit und reagieren prompt, die Augen

sind meist geschlossen. Puls und Hautfarbe sind normal, Temperatur leicht erhöht, Respiration oberflächlich.

Nur in den seltensten Fällen lassen die Patienten Urin und Stuhl ins Bett, die Dejekte sind entweder zurückgehalten oder die Patienten erwachen zur Verrichtung ihrer Notdurft.

Die Ernährung ist herabgesetzt, die Patienten verschlafen die Mahlzeiten, müssen vielfach künstlich ernährt werden. So fällt zwar das Körpergewicht, jedoch nicht im Verhältnis zu der mangelhaften Ernährung, da der allgemeine Stoffwechsel und die Ausgaben des Körpers herabgesetzt sind. Weder akustische, noch mechanische, noch thermische Reize vermögen die Patienten zu erwecken, wohl aber zuweilen Druck auf vorher als hyperästhetisch erkannte Zonen. Im allgemeinen sind die Patienten nicht sofort wach, es tritt noch ein kurz dauerndes Stadium des Halbbewußtseins ein. Nach dem Schlaf sind die Patienten müde, schlaff, abgespannt. Im allgemeinen besteht für die Zeit des Schlafes völlige Amnesie, doch kommen Fälle mit ganz oder teilweise erhaltenem Bewußtsein und Gehör vor. Die Anfälle können nach jahrelangem Bestehen plötzlich spontan verschwinden und können zwar nicht direkt zum Tode führen, aber in ihrem Verlauf die Lebensbedingungen so ungünstig gestalten, daß die Patienten einer dazu tretenden Schädlichkeit leicht erliegen.

Therapeutisch käme einzig die Hypnose in Betracht. Sie wirkt jedoch nur in den seltensten Fällen und auch da nur auf einzelne Symptome.

Wir wollen nun an Hand dieser Feststellungen den von uns beobachteten Fall betrachten.

Krankengeschichte.

Am 15. Oktober 1914 wurde aus der Frauenklinik die 21jährige E. K. der hiesigen Nervenklinik überwiesen,

zur Entscheidung der Frage, ob durch ihren Krankheitszustand eine Unterbrechung der vorliegenden Schwangerschaft angezeigt sei. Anamnestisch konnten wir durch die Mutter folgendes erfahren:

Von den 12 Geschwistern der Patientin sind 4 klein gestorben, die übrigen 8 sind gesund. Der Vater ist gesund und trinkt nur selten einmal, die Mutter, im übrigen auch gesund, leidet etwa seit dem 40. Jahre an kurzdauernden Anfällen von Bewußtlosigkeit, bei denen jedoch keine Krämpfe aufgetreten sein sollen. Zuweilen falle sie dabei um, vor mehreren Jahren hat sie sich in einem solchen Anfall einmal in die Zunge gebissen und den Arm gebrochen.

Unsere Patientin wurde normal geboren, hatte in den ersten Lebensjahren die englische Krankheit und lernte erst mit 3 Jahren laufen. Sie sei stets etwas schwächlich gewesen, habe sich aber geistig ganz normal entwickelt, auf der Schule sei sie ganz gut mitgekommen. Mit 7 Jahren habe sie einmal einen starken Schreck erlitten, als ein Junge, der sich als Weihnachtsmann verkleidet hatte, ins Zimmer trat. Gleich darnach stellten sich bei ihr Zitterbewegungen und Zuckungen in den Händen ein, „wie Veitstanz“ nannte es die Mutter. Etwa $^1/_4$ Jahr später sprang ein großer Hund an ihr in die Höhe, worüber Patientin wiederum sehr heftig erschrak. Nach diesem Schreck begannen bei der Patientin Schlafanfälle aufzutreten: plötzlich während der Arbeit fängt sie an die Hände ineinander zu krampfen, legt sich dann hin und schläft, manchmal wenige Stunden, manchmal den ganzen Tag. Die längste beobachtete Schlafdauer sind 3 Tage. In einem solchen Schlafzustand ist sie durch keinerlei Maßnahmen zu erwecken. Alles Denkbare ist durch die Mutter und den Arzt ihres Ortes versucht worden: man hat sie gerufen, gerüttelt, sie mit heißem Wachs beträufelt, ihr Ammoniak unter die Nase

gehalten, ohne daß sie erwachte. Hob man sie aus dem Bett und stellte sie gegen die Wand, so sank sie in sich zusammen. Sie hat sich dabei niemals im Schlaf verunreinigt, sondern sprang plötzlich in die Höhe, rief: Mutter laß mich, ich muß raus; verrichtete ihre Notdurft und legte sich wieder ins Bett. Meist schlief sie sofort wieder ein, zuweilen trat erst ein kurzes Stadium von halbwachem Bewußtsein auf. Hunger weckte sie nicht. Während des Schlafes gelang es nur mühsam, ihr einige Nahrung, meist Flüssigkeit, beizubringen. Jedoch häufig war auch dies unmöglich, da sie nicht schluckte und die eingebrachte Flüssigkeit größtenteils seitlich zum Munde hinauslaufen ließ.

Anfangs traten diese Anfälle in kurzen Intervallen auf, später etwas seltener, alle 3—4 Wochen einmal, oft kurz vor Eintritt der Menses. Sie konnte daher bis zum 14. Jahre die Schule mit leidlichem Erfolg besuchen und auch später in einem kleinen Geschäft als Prägerin tätig sein, wo man auf die häufig durch Schlafanfälle verursachte Unterbrechung der Arbeit Rücksicht nahm. In den letzten Wochen bemerkte die Mutter nun ein gehäufteres Auftreten der Schlafanfälle, sowie Stärkerwerden der durch die ganzen Jahre vorhanden gewesenen Zuckungen in den Händen; gleichzeitig fiel es auf, daß das Unwohlsein ausblieb und das Mädchen in der Figur stärker wurde. Die herbeigerufene Hebamme stellte eine Schwangerschaft im 6. Monat fest. Die Patientin selbst weiß von dem Bestehen absolut nichts. Nach der Ansicht der Mutter und Schwester kommt bei dem völlig kindlichen Mädchen, das nie aus dem Hause kam, keinerlei Verkehr hatte, nur die Möglichkeit in Betracht, daß der im Hause wohnende Bruder der Mutter, ein Mann von 47 Jahren, das Mädchen während eines Schlafzustandes mißbraucht hat. Dieser Bruder hatte bereits früher mehrere unsittliche Attentate auf die Schwester der Patientin gemacht,

sei aber von dieser, einem gesunden, kräftigen Mädchen, stets mit Erfolg abgewiesen worden. Dieser Bruder sei überhaupt nicht so ganz richtig, er habe ein etwas sonderbares Wesen, sei Junggeselle und bewohne seit Jahren ein Zimmer in ihrem Hause.

In den letzten Wochen sei nun eine weitere Verschlimmerung in dem Zustande eingetreten, die Schlafanfälle träten so häufig auf, daß die Patientin nur noch stundenweise am Tage wach sei. Ihr Hausarzt hat daher die Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft erwogen und die Patientin deshalb der hiesigen Königl. Frauenklinik überwiesen. Jedoch trug man dort Bedenken, die künstliche Frühgeburt einzuleiten und ersuchte die Nervenklinik um Abgabe einer gutachtlichen Äußerung in dieser Frage.

Befund.

Etwas unter mittelgroßes Mädchen in gutem Ernährungszustand. Die Untersuchung der inneren Organe und des Nervensystems ergibt keinen Anhalt für das Vorliegen irgend welcher organischer Erkrankung. Insbesondere bestehen keine Ödeme, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Es liegt Schwangerschaft am Ende des 6. Monats vor. Die Haut- und Sehnenreflexe sind normal auszulösen. Es bestehen keinerlei Druckpunkte, Sensibilitätsstörungen oder sonstige „hysterische Stigmata“. Meist trifft man bei der Visite das Mädchen in ruhigem, tiefem Schlaf liegend an. Die Atmung ist oberflächlich, nicht beschleunigt, der Puls 70—80, die Temperatur 36,2—36,8. Sie macht den Eindruck einer in völlig normalem Schlaf liegenden Person. Die Gesichtsfarbe ist frisch, der Gesichtsausdruck friedlich. Hingegen bestehen dauernde Zuckungen in den Fingern, seltener in den Handgelenken und Fußgelenken. Die Zuckungen sind unregelmäßig, kurz, von geringer Amplitude, entsprechen vollständig den typischen Chorea-Zuckun-

gen. Sie sind ausnahmslos jedesmal festzustellen, so oft der Schlafzustand beobachtet wird. Das Erwecken der Patientin wurde unzählige Male versucht, ohne daß irgend eins der angewendeten Mittel (Nadelstiche in das Nasenseptum, grelle Belichtungen der Pupillen, Einatmen von Ammoniak, Begießen mit kaltem Wasser) Erfolg gehabt hätte.

Während des Schlafes sind die Sehnenreflexe, ebenso wie im Wachzustande, von normaler Stärke. Hautreflexe sind niemals auszulösen. Die Pupillen sind etwas über mittelweit und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Stellung der Bulbi ist koordiniert nach oben. Druck auf die sogenannten hysterogenen Zonen löst keine Abwehrbewegungen oder sonstige Reaktion aus. Niemals trat während der ganzen viermonatlichen Dauer der Beobachtung Verunreinigung mit Urin oder Kot ein. Wie es die Mutter geschildert hat, wird auch in der Klinik beobachtet, daß die Patientin plötzlich aufsteht, Rock und Schuhe von dem Fußende des Bettes nimmt und zum Klosett geht. Wenn sie zurückkommt, ist sie gewöhnlich etwas schlaftrunken und wacht nach etwa $^1/_4$ Stunde völlig auf. Die Dauer der Schlafanfälle ist sehr verschieden, neben Attacken von $^1/_2$ Stunde kamen andere von 10 Stunden vor, jedoch gingen sie niemals direkt in den normalen Nachtschlaf über oder schlossen sich an diesen an. Vielmehr wacht Patientin dazwischen stets auf, man kann sehr deutlich unterscheiden, ob normaler Schlaf oder der pathologische Schlafzustand bei ihr vorliegt. Aus jenem ist sie sehr leicht zu erwecken, sie hat an die geträumten oder wirklichen Erlebnisse des normalen Schlafes am nächsten Tage vollkommen klare Erinnerung, während sie von den Versuchen, die während des krankhaften Schlafes mit ihr vorgenommen wurden, absolut nichts weiß. Sie weiß nicht einmal immer mit Sicherheit anzugeben, ob sie geschlafen hat. Sie sagt nur, wenn man sie darnach fragt, es sei

ihr nicht gut gewesen. Das Herannahen eines Schlafzustandes kann sie häufig voraussagen. Sie fühlt sich dann müde, schläfrig, klagt über Kopfschmerzen und eingenommenes Denken und schlechte Stimmung. Meist legt sie sich dann gleich zu Bett. Zuweilen versucht sie, gegen den herankommenden Schlaf anzukämpfen, dann schläft sie auf dem Stuhle ein und muß zu Bett gebracht werden.

Es wurde der Versuch gemacht, die Patientin zu hypnotisieren, um den durch Hypnose erzeugten Schlaf mit dem normalen einerseits, dem pathologischen andererseits zu vergleichen. Die Hypnose gelang sehr leicht. Die Patientin schlief sofort ein, jedoch war der Schlaf sodann kein hypnotischer mehr, sondern es trat sofort der charakteristische lethargische Zustand in den Vordergrund, es gelang nicht mehr sie aus dem durch Hypnose herbeigeführten Schlafzustand zu erwecken. Irgend welche Suggestionen konnten nicht gegeben werden, es fehlte jeder Konnex zwischen dem Arzt und der Schlafenden, auch die bei Einleitung der Hypnose von Anfang an gegebene Suggestion, nach einer halben Stunde von selbst zu erwachen, wurde nicht befolgt, sondern der Schlaf dauerte mehr als 3 Stunden, was etwa der durchschnittlichen Dauer ihrer spontan auftretenden Schlafzustände entsprach.

Während des Wachzustandes ist sie still und ruhig und nachdem ihr von den Angehörigen ihr Zustand eröffnet war, häufig deprimierter Stimmung. Sie schämt sich sehr darüber und glaubt sich deshalb von Pflegerinnen und Mitpatientinnen verachtet. Intellektuell ist sie mäßig entwickelt, zeigt aber keinerlei Zeichen von Schwachsinn. Ihre Kenntnisse sind gering, ihr ganzes Denken und Fühlen hat ein deutlich infantiles Gepräge.

Die Frage nach der Indikation für eine künstliche Frühgeburt wurde von uns verneint. Wenn auch die Tatsache, daß eine gewisse Verschlimmerung in dem Zustande der Patientin eingetreten war, zugegeben werden

konnte, so glaubten wir die zweite Frage, ob durch Unterbrechung der Schwangerschaft eine Heilung eintreten oder auch nur beschleunigt werden könnte, nicht bejahen zu können; und da andererseits eine wirkliche Lebensgefahr nicht vorlag, lehnten wir die Zustimmung zur Einleitung einer Frühgeburt ab.

Die Patientin blieb bis zum Ende ihrer Schwangerschaft in der Klinik. Es war während dieser Zeit keine wesentliche Veränderung in ihrem Zustand zu konstatieren, höchstens, daß ihre Stimmung sich allmählich besserte und sie in ihrem ganzen Wesen etwas reger und lebhafter wurde. Am 1. Februar, in den frühen Morgenstunden, begannen die Wehen, und die Patientin wurde nach der Frauenklinik verlegt. Dort wurde nach wenigen Stunden ein 8 Pfund schweres, sehr kräftiges und lebensfrisches Mädchen spontan geboren. Dammriß zweiten Grades. Naht. Vom Beginn der Wehen an war Patientin wach, empfand die Wehen und gab lebhafte Schmerzäußerungen. Unmittelbar nach Vollendung der Geburt schlief sie ein und schlief an diesem und dem folgenden Tage etwas mehr als sonst, wachte jedoch häufig genug auf, sodaß die Ernährung keinen Mangel litt. Das Wochenbett verlief normal. Die Schlafzustände wurden nach der ersten Woche viel seltener. Die Patientin fühlt sich wohl und wird auf Wunsch der Mutter nach Hause entlassen.

Das Kind, an dem keinerlei Mißbildung oder sonstige Abnormität wahrzunehmen ist, gedeiht vorzüglich.

Fassen wir nun noch einmal die wesentlichsten Punkte der vorliegenden Krankengeschichte zusammen, so finden wir Folgendes:

Bei einem nur mäßig belasteten Mädchen, das im übrigen weder psychisch noch körperlich irgend welche hysterischen Stigmata aufweist, treten seit dem 7. Lebens-

jahre infolge eines psychischen Traumas in Abständen von einigen Wochen Schlafzustände auf. Sie dauern durchschnittlich mehrere Stunden, dabei treten stets choreiforme Zuckungen an den Extremitäten auf. Während dieser Anfälle ist die Patientin völlig anästhetisch, und es ist unmöglich, sie zu erwecken. In einem solchen Zustande wurde das Mädchen von einem Verwandten geschlechtlich mißbraucht. Mit der eintretenden Gravidität häuften sich die Schlafanfälle derartig, daß nur noch kurze Wachintervalle blieben. Am normalen Ende der im übrigen ohne besondere Beschwerden verlaufenen Schwangerschaft kam es zu einer raschen Spontangeburt. Nach dieser sind die Anfälle seltener geworden und scheinen wieder auf den vor der Konzeption bestehenden Zustand zurückzugehen.

Wir haben hier also einen Fall vor uns, der das deutliche Gepräge eines hysterischen Schlafzustandes in seiner reinsten Form trägt, wie wir ihn so ohne jede Komplikation nur noch einmal bei Löwenfeld beschrieben finden. Dabei ist auffallend, daß bei der Ablehnung, die der Gedanke eines Zusammenhanges mit den Sexualorganen bei der Mehrzahl der Autoren findet, doch hier mit dem Eintritt der Gravidität eine Verschlimmerung, mit ihrem Aufhören eine Besserung verknüpft war. Wir neigen zu der Ansicht, dies auch hier nicht als eine direkt von den Geschlechtsorganen bedingte Erscheinung anzusehen, sondern nur als den Ausdruck der durchgreifenden Veränderung des Gesamtstoffwechsels.

Die Unkompliziertheit unsres Falles gestattet auch, eine scharfe Abgrenzung gegen ähnliche Zustände auf andrer Grundlage zu treffen. Es werden häufig „pathologische Schlafzustände“, „narkoleptische Anfälle“ und ähnliches der Hysterie zugeschrieben oder wenigstens nicht scharf gegen sie abgegrenzt, die nach unsrer Auffassung ihr ganz wesensfremd sind. Dies kann jedoch

nur zur Verwirrung der Begriffe des hysterischen Schlafzustandes einerseits, wie der Narkolepsie und der Epilepsie andrerseits führen.

Zunächst müssen wir die Bezeichnung „Narkolepsie“ für die von uns beschriebenen Zustände ablehnen. Eine gründliche Darstellung dieses Begriffes würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen. Doch soll eine vorläufige Abgrenzung des hysterischen Schlafzustandes gegen die Narkolepsie kurz versucht werden. Gélineau[10] selbst charakterisiert die Narkolepsie als: „Un besoin de dormir impérieux sûbit et de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Er beschreibt dabei den Fall eines 38jährigen Mannes, der, erblich nervös belastet, seit mehreren Jahren bei jedem frohen Ereignis, wenn er lachen mußte etc., später bei jeder Gemütsbewegung, auf 1—15 Minuten einschlief. Dabei reagierten die engen Pupillen normal. Die Anfälle traten bis zu 200 am Tage auf, Patient konnte jederzeit daraus erweckt werden.

Auch bei späteren Autoren, wie Westphal,[34] Parmentier, Henry Böhm[6] u. a., von denen wir die meisten, soweit sie ihm zeitlich vorangingen, in der größeren Arbeit von Schultze[32] erwähnt finden, werden vereinzelt solche Anfälle, wie die von Gélineau beobachteten, beschrieben und gleichzeitig sehr sorgfältig alle übrigen Erkrankungen ausgeschaltet. Für diese immerhin sehr vereinzelten Fälle trifft nach unserer Meinung die Auffassung eines selbständigen Krankheitsbildes, wie es Gélineau fordert, zu. In den meisten anderen Fällen jedoch erscheint die Diagnose einer als isolierte Krankheit aufzufassenden Neurose zum mindesten als zweifelhaft. Bei Sahlmen[30], Berkhan[2], Jacoby[16], Dehio[8] u. a. treten epileptische Anfälle oder ihre Äquivalente vor oder nach den beschriebenen Schlafattacken auf, sodaß eine Sonderstellung für die letzteren uns nicht gerechtfertigt er-

scheint, sondern sie wohl eher der Epilepsie zuzurechnen sind. Es sind auch nicht allein zur Epilepesie gehörige Fälle, die als „Schlafzustand“ beschrieben werden, sondern auch solche, die dem katatonischen Stupor zugerechnet werden müssen, wie die Fälle von Eulenburg[9] und Risch[29] zeigen.

Gegenüber allen diesen nun müssen wir bei unseren hysterischen Schlafzuständen an folgendem festhalten:

Gegen die echte Narkolepsie unterscheiden sich die Schlafanfälle unserer Patienten erstens durch die viel geringere Häufung wie die längere Dauer, zweitens dadurch, daß ein narkoleptischer Anfall jederzeit von außen beendigt werden kann, während die echten hysterischen „Schläfer“ auf keinen von der Außenwelt kommenden Reiz reagieren, und drittens, durch das bei Narkolepsie in allen Fällen erhaltene Bewußtsein, das im hysterischen Schlaf nur selten und höchstens teilweise erhalten ist.

Als Unterscheidung gegen die Epilepsie möchte ich bei den hysterischen Zuständen hervorheben: die prompte Pupillenreaktion, das Fehlen jeder Demenz auch bei jahrelangem Bestehen und die Tatsache, daß nur in den seltensten Fällen die Patienten Urin oder Kot in das Bett lassen, was bei den Epileptikern zu den charakteristischen Vorkommnissen gehört. Auch finden wir keinerlei Verletzungen oder Zungenbisse.

Gegen beide, Epilepsie wie Narkolepsie, spicht schließlich noch in den meisten Fällen von hysterischem Schlaf, daß sich bei den Betroffenen irgend welche hysterische Stigmata feststellen lassen oder, in der Anamnese oder im Verlauf sich ausgesprochene, hysterische Krampfanfälle einstellen.

Zum Schluß wäre noch zu erwägen inwieweit der Schwängerer strafbar wäre, wenn der Fall forensisch würde. In Betracht kommt hierbei der § 176,2 des St. G. B.

> „Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer eine in willenlosem oder bewußtlosem Zustande befindliche oder geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht."

Hierbei tritt als erste Frage auf, ob der Aussage der Patientin: sie wisse nichts von einer stattgefundenen Kohabitation, Glauben zu schenken sei. Aus der Schmidtmannschen Sammlung im Casper-Limanschen „Handbuch der gerichtlichen Medizin"[31] geht aus einer Reihe angeführter Fälle hervor, daß bei normal, selbst sehr tiefem Schlaf ein Koitus, noch dazu ein erstmaliger, unmöglich stattfinden kann, ohne Erwachen herbeizuführen. Wo dies behauptet wird, liegt entweder wissentlich falsche Angabe vor, oder wir haben es eben mit einem pathologischen Schlaf zu tun, wie Schmidtmann in dem einen Falle annimmt, bei dem das Mädchen seit Jahren an „hystero-epileptischen" Krämpfen gelitten hatte, die mit Erbrechen begannen und in einen 6—7 Stunden dauernden Schlaf mit völliger Bewußtlosigkeit übergingen. In einem solchen Zustand war es vergewaltigt worden.

Analog ist auch der von Mabille[23] veröffentlichte Fall, den auch Lilienthal in der „Zeitschrift für die gesamte Staatsrechtswissenschaft" erwähnt und dem folgender Tatbestand zu Grunde liegt:

> Ein 22jähriges Dienstmädchen wird bei der Heimkehr vom Ball von einem Schlafzustand befallen und in diesem von 4 Männern vergewaltigt, ohne daß sie etwas davon gemerkt haben will. Der Befund ergibt das Bestehen hochgradiger Hysterie, wechselnde anästhetische Zonen, zuweilen Anästhesie einer Körperhälfte mit Temperaturerhöhung derselben um 6—10°. Die Patientin leitet an Schlafattacken von 20 Minuten bis 9 Stunden Dauer, bei denen totale Unempfindlichkeit gegen sämtliche Sinnesreize konstatiert wird. Die über mittelweiten Pupillen

reagieren prompt, es besteht nach dem allmählichen Erwachen totale Amnesie.

Wir finden somit sämtliche Kriterien, die wir für die hysterische Natur eines Schlafzustandes angaben. Die beiden Gutachter, die den Fall zu beurteilen hatten, stimmten darin überein, daß in diesem Falle die vom Gesetz verlangte „Bewußtlosigkeit" vorgelegen hat.

Da es sich nun bei unserer Patientin um einen Schlafzustand handelt, der ganz analog dem eben beschriebenen aufzufassen ist, so steht es nach unserer Meinung außer Frage, daß ihre Angabe, sie habe nichts gespürt, glaubwürdig ist.

Doch gehört zur Strafbarkeit des Täters noch, wie Kornfeld im „Archiv für Psychiatrie" an der Hand eines Falles ausführt, daß der oder die Täter von dem „bewußtlosen, willenlosen oder geisteskranken Zustand" der Frau Kenntnis haben. In seinem Falle handelt es sich um eine seit Jahren „tümpelige", d. h. schwachsinnige Person, die von 2 einquartierten Soldaten mißbraucht wurde. Hier nahmen die Richter trotz des Gutachtens zweier Kreis-Physici, daß die Betreffende „auf jeden Laien einen schwachsinnigen Eindruck machen müsse" es nicht als erwiesen an, daß die Täter von ihrem Schwachsinn gewußt hatten, und sprachen sie frei. Dieser recht häufig, auch in einem Falle von Schmidtmann, erhobene Einwand kommt in unserem Fall garnicht in Betracht, sofern das Zeugnis der Mutter und Schwester, die Person des Schwängerers betreffend, für beweiskräftig erachtet wird. Uns scheint es dies unbedingt zu sein, nicht nur in Anbetracht des durchaus rechtschaffenen Charakters der beiden Zeuginnen, sondern auch, weil sie zunächst jeden Gedanken an eine Klage ablehnten, weil „dem Kinde dadurch ja doch nichts geholfen werde", und unter dieser Vorraussetzung aussagten. Ist nun der Onkel wirklich der Täter, so hatte er durch seinen jahrelangen Aufent-

halt im Hause nicht nur überhaupt Kenntnis von derartigen Zuständen seiner Nichte, sondern kannte auch durch die verschiedensten, stets wiederholten Versuche, sie zu erwecken, wie sie die Mutter in der Anamnese angibt, ihre Reaktionslosigkeit in diesem Zustande. So konnte er sich sicher glauben, sie völlig wehrlos seinem Angriffe gegenüber zu finden. Es bleibt somit u. E. kein Zweifel, daß bei einer eventuellen forensischen Beurteilung der § 176,2 des St. G. B. auf den Täter Anwendung finden müßte.

Zum Schlusse erfülle ich noch gern die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Flechsig für die Erlaubnis zur Veröffentlichung dieses Falles, wie für das rege Interesse, das er seiner Bearbeitung entgegenbrachte, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1) Barth, Hysterische Schlafzustände. (Diss., Kiel 1898.)
2) Berkhan, Eigentümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle. (Dtsch. Zschr. f. Nervhlkde. 1892 S. 177.)
3) Binswanger, Hysterie (1907).
4) Biyl, Narkolepsie als Hauptsymptom der Hysterie 1896. (Ref. Neur. Zentrbl. 1897 S. 1005.)
5) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. (Paris 1859.)
6) Böhm, Narkolepsie. (Diss., Berlin 1893.)
7) Charcot, Poliklinische Vorlesungen. (Deutsch 1895. Bd. II, S. 56 u. S. 235.)
8) Dehio, Über pathologische Schlafzustände. (Petersb. med. Wochenschr. 1893. Nr. 22.)
9) Eulenburg, Über permanente Schlafzustände. (Neurol. Zentralbl. 1904.)
10) Gélineau, De la narcolepsie. (Gáz. des hôpitaux 1880.)
11) Gilles de la Tourette, Les attaques de sommeil hystérique. (Arch. de neurol. Bd. XV.)
12) Derselbe, Ebenda Bd. XVIII.
13) Grober, Hysterischer Schlafzustand mit choreatischen Bewegungen. (Dtsch. Zschr. f. Nervhlkde. 1905.)
14) Herbst, 17 Jahre geschlafen. (B. Kl. Wchschr. 1904.)
15) Hitzig, Schlafattacken und hypnotische Suggestion. (B. Kl. Wchschr. 1892.)
16) Jakoby, Narcolepsy. (The New York med. Journ. 20. may 1893).
17) Keser, A case of prolonged sleep. (Journ. of ment. science 1887, p. 287.)
18) Kölpin, Hysterischer Schlaf- und Dämmerzustand mit eigenart. Augenstörungen. (Neurol. Zentralbl. 1910.)
19) Kornfeld, Geschlechtlicher Mißbrauch einer geistesschwachen Person. (Arch. f. Psychiatrie. Bd. IX. S. 188.)
20) Lancereaux, Fall von hysterischem Schlaf. (Dtsch. med. Wochenschr. 1904. S. 685.)

21) Lilienthal, Hypnotismus und Strafrecht. (Zeitschr. f. d. gesamte Staatsrechtswissensch. Bd. VII. S. 281.)
22) Löwenfeld, Über hysterische Schlafzustände. (Arch. f. Psych. Bd. XXII u. XXIII.)
23) Mabille, Gutachten über ein Sittlichkeitsverbrechen an einer Hysterischen mit Schlafzuständen. (Annal. méd.-psych. 1884. IV. S. 583.)
24) Pfendler, Quelques observations de léthargie. (Paris 1833).
25) Pitres, Hystérie et Hypnotisme. (1900, 53. Vorlesg.)
26) Raecke, Über hysterische Schlafzustände. (Berl. kl. Wochschr. 1904.)
27) Regnard et Bourneville, Iconographie de la Salpétrière. (7. III. 1879/80, observ. XI. p. 118.)
28) Richer, Etudes cliniques de la grande hystérie. 1885.
29) Risch, Zur Kasuistik der Schlafzustände. (Monatsschr. f. Psych. Bd. 25 S. 109.)
30) Sahlmen, Fall von Schlafsucht. (B. kl. W. 1881 No. 7, 1883 No. 9.)
31) Schmidtmann im Casper-Limanschen Handbuch der gerichtlichen Medizin, Fall 75—77.
32) Schultze, Über patholog. Schlafzustände und deren Beziehungen zur Narkolepsie. (Allgem. Zschr. f. Psych. Bd. 52. Heft IV.)
33) Siemerling, Fall von schwerer Hysterie. (Char.-Annal. Bd. XV.)
34) Westphal, Eigentümliche, mit Einschlafen verbundne Anfälle. (Arch. f. Psych. Bd. VII.)

Lebenslauf.

Am 20. März 1891 wurde ich als Tochter des Gymnasialoberlehrers am Städtischen Johannesgymnasium Professor Dr. Benno Badt und seiner Ehefrau Martha geb. Guttmann zu Breslau geboren. Ich bin Jüdin.

Meine erste Vorbildung erhielt ich in der städtischen Augustaschule zu Breslau, sodann in den dortigen Realgymnasialkursen für Mädchen und bestand am 24. März 1909 die Reifeprüfung als Extranea des Städtischen Realgymnasiums zum Heiligen Geist. Oktober 1909 wurde ich bei der medizinischen Fakultät der Universität Breslau immatrikuliert und verbrachte dort meine gesamte Studienzeit, mit Ausnahme je eines Semesters in Berlin und München. Am 26. II. 1912 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, am 2. August 1914 die ärztliche Notprüfung, beide in Breslau.

Während meiner Studienzeit hörte ich bei den folgenden Herren Professoren:

in Breslau:

Alzheimer, Buchner, Coenen, Fraenkel, von Gerhardt, Hasse, Hannes, Heimann, Henke, Hinsberg, Hirthle, Klaatsch, Küstner, Küttner, Kühnemann, Kükenthal, Ludloff, Lummer, Minkowski, Neißer, Pfeiffer, Pohl, Rosen, Schäffer, Stern, Stumpff †, Tobler, Uhthoff;

in Berlin:

Abderhalden, Hertwig, Virchow, Waldeyer;

in München:

Angerer, Borst, Doederlein, Isserlin, Kraepelin, Müller, Pfaundler, Wanner.

Ihnen allen, meinen verehrten Lehrern, bin ich zu herzlichem Dank verpflichtet.

Nach Ablegung der Notprüfung war ich zunächst als Assistentin an der Breslauer Frauenklinik tätig, siedelte aber infolge meiner Kriegstrauung mit dem praktischen Arzte Dr. med. Joseph Julius Prager nach Cassel über. Dort arbeitete ich zunächst zwei Monate an einem Reservelazarett und bin seit dem 1. November gemeinsam mit meinem Mann zur Vertretung der zum Heeresdienste einberufenen Assistenzärzte an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig tätig.

Meinem Mann, dem treuesten Berater, danke ich für die Förderung und das Interesse, das er der vorliegenden Arbeit entgegenbrachte.